

XXVII^{ème} et XXVIII^{ème} leçons d'introduction à la psychanalyse

Matthieu Garot

En mars 1917 (les 10 et 17), à l'Université de Vienne, Freud clôt ses *Leçons d'introduction à la psychanalyse* commencées deux ans auparavant, le 25 octobre 1915, concluant ainsi la troisième et dernière partie de celles-ci : « Doctrine générale des névroses ». Au cours de ces samedis soir, Freud est « maître de conférences ». Il professe. Il enseigne. Pendant ce temps, au front, la guerre fait rage et la patientèle se fait rare. Tout le temps libre que lui impose le début des années noires, il le consacre un peu plus encore à l'écriture, à la réflexion, après ces années denses en pratique. Il vient de remanier sa théorisation des pulsions, *par* l'introduction du narcissisme, et travaille au développement de sa métapsychologie. C'est pour lui – avec ses *Leçons* – l'occasion d'un bilan, d'un compte rendu, sur l'ensemble des acquis psychanalytiques à l'époque. Et la « Doctrine générale des névroses », préparée pendant l'été 1916, sera la partie la plus novatrice des *Leçons*. Pour Alain Rauzy, il s'agit là du premier exposé d'ensemble de la psychanalyse, dont les cinq leçons de 1909 à la Clark University de Worcester n'avaient été qu'un aperçu (Rauzy, 2013, p. XIII). C'est un bilan mais c'est aussi un adieu à l'Université et à la Faculté de médecine où Freud officia « bravement, pendant 32 ans »¹ (Freud, 1915-1917/2000, p. VIII). Un adieu à Freud l'enseignant... À peine *Les Leçons* prononcées, elles seront publiées la même année et constituent, encore aujourd'hui avec *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1910), son ouvrage le plus diffusé.

Avec ces deux dernières leçons, enfin, Freud vient à clore son introduction à la psychanalyse par des « considérations techniques ». En 1914, il avait manifesté un grand intérêt pour les problèmes d'ordre technique en se proposant même de parler dans un prochain congrès des « Aspects de la technique psychanalytique », mais le congrès de Dresde n'aura jamais lieu, la guerre paralyse un temps l'extension du mouvement (Freud, Ferenczi, 1914-1919, p. 8 ; Freud, Abraham, 1907-1926, p. 190). Face aux dissidences que connaît la jeune Association Psychanalytique Internationale autour de Jung et de ses partisans, et après celle d'Adler, Freud tend aussi à rappeler la spécificité de la cure analytique ainsi que la place que prend pour lui le transfert dans celle-ci, prolongeant ses idées de 1912 dans « Sur la dynamique du transfert ». Mais ce grand intérêt n'est peut-être pas sans lien non plus avec la cure, difficile, véritable bataille, de Sergeï Pankejeff : l'Homme aux loups. Dans une lettre adressée à Abraham le 29 juillet 1914, il avoue que sa manière de présenter les choses s'est vue depuis « transformée » (Freud, Abraham, 1907-1926, p. 191). « Remémoration, répétition et perlaboration », juste achevé, vient en témoigner. Et de cette transformation, il en rendra largement compte à son auditoire.

1. XXVII^{ème} leçon : le transfert

Freud consent bien qu'à l'issue de ses leçons, son auditoire se trouve désormais dans une certaine expectative. Qu'il a su faire naître en eux une curiosité pour sa méthode et le traitement analytique. Cet auditoire pourrait être en droit de se formuler une telle attente en se demandant : *mais quelle est donc cette méthode thérapeutique par laquelle toutes ces découvertes ont-elles été faites et sur quoi se fonde-t-elle ?* Quitte à décevoir ses auditeurs, ce n'est pas par des aspects purement techniques et formels que Freud décide de répondre, déjouant l'attente – et peut-être même là de ne pas répondre aux fantasmes de désir de son public – mais préfère « [le] laisser trouver [son] mode d'action et ces effets par [leurs] propres moyens » (Freud, 1915-1917/1922, p. 408). C'est presque *analytiquement* que Freud souhaite donc le faire : que son auditoire le devine par lui-même (1915-1917/2000, p. 447). Ce qu'il introduit par-là, c'est toute l'exigence de temps et de patience que nécessitent le traitement analytique : « notre thérapeutique est une thérapeutique de longue haleine, une thérapeutique dont les effets sont excessivement longs à se produire » (1915-

¹ Lettre à Oskar Pfister du 9 juin 1925.

1917/1922, p. 409), confie-t-il. Et s'il en est ainsi, c'est que l'analyse se situe et tente d'agir très exactement au cœur d'un réseau de contraintes, complexe, imposées par : les dispositions héréditaires pour lesquelles Freud reconnaît toute leur « puissance », reconnaissant aussi que l'on ne peut y rien changer ; les expériences précoces, premières, de l'enfance avec lesquelles il est impossible de faire comme si elles n'avaient pas existé et que nous ne pouvons pas les rendre non-advenues ; puis, ce que la vie impose de « renoncement » (1915-1917/1922, p. 409) ou de « refusement réel » (1915-1917/2000, p. 448). Parmi ces refusements, il y a, la plus communément partagée de toute, la limitation morale exigée par la société et qui a pleinement sa part, chez le névrosé, dans le conflit entre le désir et la défense qui l'anime.

La thérapeutique pour l'analyste ne consisterait-elle pas alors à l'exercice de son influence en encourageant le malade, ou à l'enjoignant même, à la libre satisfaction de sa libido refoulée ? Non, dit Freud. Car non seulement, un tel encouragement jetterait l'opprobre sur la psychanalyse, en allant contre la moralité. Parce qu'aussi, la résolution du conflit en faveur de l'une ou l'autre des orientations : « motion libidinale » *versus* « refoulement sexuel », ne mettra en aucun cas un terme au conflit intérieur du malade, chacune des parties restant insatisfaites ce que la labilité du symptôme viendra traduire. Mais surtout, et c'est là un point essentiel, le « conflit pathogène » met en jeu des motions antagonistes qui par leur nature – l'une étant parvenue au stade du préconscient et du conscient, l'autre retenue/détenue au stade de l'inconscient – sont aussi antagonistes d'un point de vue topique : comme dans l'exemple bien connu de « l'ours polaire et de la baleine ». C'est tout le contraire du conflit dit normal qui suppose un même « terrain psychologique ». « Une vraie solution ne peut intervenir que lorsque les deux se retrouvent sur le même terrain. Et je crois que la seule tâche de la thérapeutique consiste à rendre cette rencontre possible » (1915-1917/1922, p. 410). Tout l'enjeu de l'analyse devient donc alors la création de ce « terrain » intermédiaire où l'ours blanc et la baleine vont pouvoir se rencontrer. Ce « lieu d'ébats » (1914/2005, p. 194), cette « sorte d'arène » (1914/1953, p. 113) – comme il le nomme en 1914 dans « Remémoration, répétition et perlaboration » –, c'est le *transfert*. Mais Freud ne le nomme pas encore comme tel et poursuit, devant son auditoire, son cheminement.

Ce n'est donc pas par l'exercice de l'influence que l'analyse se fait. Et comme il le fait en le mettant en scène avec son auditoire, Freud dit qu'« il n'est rien qui nous soit plus cher que de voir le malade prendre ses décisions de façon autonome ». « Rendre conscient, l'inconscient » : ses auditeurs auront bien compris que c'est cela qui fait l'utilité de la thérapeutique analytique. « Traduire l'inconscient en conscient », « supprimer les refoulement », « transformer le conflit pathogène en un conflit normal », « qu'il y ait un peu moins d'inconscient et un peu plus de conscient ». Pour autant, il les met en garde de ne pas sous-estimer une telle transformation : car en fait « c'est énorme » (1915-1917/2000, p. 452), dit-il, « c'est beaucoup » (1915-1917/1922, p. 412). Mais comment y parvient-on ? Sûrement pas comme il l'eut cru à l'époque de la catharsis et de sa collaboration avec Breuer, où il s'agissait pour le thérapeute (non-encore-psychanalyste) de découvrir l'inconscient et de le mettre sous les yeux de son malade. À l'époque « Remémoration et abréaction étaient les buts à atteindre à l'aide de l'état hypnotique » (1914/2005, p. 187), disait-il en 1914. Le constat fut pour lui, depuis, que « Notre savoir sur l'inconscient n'est pas équivalent au savoir du patient [...]. Nous devons plutôt [dit-il, dans une formulation étrange,] nous représenter cet inconscient topiquement, nous devons aller le chercher dans son souvenir, là où il a été produit par un refoulement » (1915-1917/2000, p. 452-453). L'analyste doit être en mesure de former en lui-même une représentation *topique* de cet inconscient : est-ce à dire qu'il faille se faire rencontrer en l'analyste, là aussi, l'ours et la baleine ? Ce fut dès lors, le changement de méthode, qu'il décrit plus précisément en 1914, et la tâche de l'analyste que de « deviner à partir des idées libres incidentes de l'analysé ce qu'il échouait à se remémorer » (1914/2005, p. 187). Tout « l'art » de l'analyste consistera à mettre à découvert grâce à ses interprétations les résistances, lorsque celles-ci surgissent « en surface » de l'associativité du malade, tel un serpent de mer, pour les lui rendre conscientes. À partir de là, après avoir retrouvé le refoulement, l'avoir pisté, traqué, il faut éliminer la résistance qui maintient ce même refoulement. Le passage de l'inconscient au conscient s'en trouvera facilité. Toujours, comme précédemment : interpréter, deviner quelque chose et le communiquer au

patient... mais cette fois-ci, c'est au *lieu* qui convient que l'analyste le fait. Telles ont été à partir de ce moment les voies par lesquelles s'obtenait la remémoration, la souvenance. Freud souligne que cette résistance, ce contre-investissement, n'appartient pas à l'inconscient mais est le fait du *moi* qui est notre collaborateur dans l'analyse. L'interprétation soutient ce travail commun entre le malade et l'analyste, où celui-ci donne des « *représentations d'attente* » venant faciliter la reconnaissance de la résistance et la nature de ce qui a été refoulé : quelque chose qui se situerait entre une « tension d'attente », un espoir (*esperar* dit-on en espagnol pour « attendre ») et l'ouverture d'une piste. Dès lors dit Freud, « un combat animique normal [aura] lieu sur le même terrain psychologique entre les motifs qui veulent maintenir le contre-investissement et ceux qui sont prêts à l'abandonner ». Un ancien conflit se trouve raviver : l'on rouvre, en quelque sorte, un ancien procès réglé à l'époque par refoulement, lorsque « le moi était fragile, infantile » (1915-1917/2000, p. 454), pour l'amener à sa révision.

C'est le moment que choisit Freud pour aborder cette chose « inattendue » qui est venue s'insinuer, se glisser, au cœur du traitement analytique. Une découverte qui est venue déjouer toute capacité d'attente : « l'intérêt particulier [du malade] pour la personne du médecin » (1915-1917/2000, p. 456) ! Un intérêt parfois éclairé et chaleureux mais qui peut se transformer en un désintérêt tout aussi impromptu qu'orageux et qui est devenu le lieu d'une nouvelle et « violente résistance » (1915-1917/1922, p. 418 ; 1915-1917/2000, p. 457). Ce fait nouveau que Freud décline dans différentes configurations, et qu'il dit reconnaître à contrecœur, c'est le transfert : « Nous entendons par là un transfert de sentiments sur la personne du médecin, parce que nous ne croyons pas que la situation de la cure puisse justifier une apparition de sentiments de ce genre. Nous présumons au contraire que toute la propension à ces sentiments vient d'ailleurs, qu'elle était déjà préparée chez la malade et qu'à l'occasion du traitement analytique elle est transférée sur la personne du médecin. Le transfert peut survenir comme exigence d'amour tempétueuse ou sous des formes plus modérées » (1915-1917/2000, p. 458).

C'est dès le début du traitement que le transfert vient à se produire, dit Freud. Et il est, pendant un temps, « le ressort le plus puissant du travail » (1915-1917/2000, p. 459). Il est même à l'entendre, un allier pour le bon déroulement du travail, un allier discret et peu contrariant. Ce n'est que lorsqu'il se transforme en résistance que l'on doit lui prêter plus attention : lorsqu'il est devenu une motion tendre si forte qu'il en devient le signe d'un « besoin sexuel [qui] ne peut qu'éveiller une opposition interne contre lui » (1915-1917/2000, p. 459) ; lorsqu'il devient, au contraire, une motion hostile et négative. Dans les deux cas, il s'agit bien de parler de « transfert », insiste-t-il. La tâche de l'analyste est de surmonter le transfert en « démontrant au malade que ses sentiments ne sont pas issus de la situation présente et ne s'adressent pas à la personne du médecin, mais qu'ils *répètent* ce qui s'est déjà passé chez lui une fois auparavant. De cette manière, nous l'obligeons à *transformer sa répétition en souvenir* » (1915-1917/2000, p. 460). Ce qui semblait alors se présenter comme un obstacle les plus importants à la cure, voire une menace pour elle, devient le « meilleur des outils de celle-ci », la « clé », à l'aide duquel : « nous pouvons ouvrir les compartiments les plus fermés de la vie psychique » (1915-1917/1922, p. 421). Voilà donc entrer en scène – *deus ex machina* –, sous les yeux de son auditoire, un nouveau protagoniste : le transfert.

Il y a pour Freud un véritable bond paradigmatique qui se produit ici et qu'il mit à jour en 1914 lorsqu'il découvre ces choses « remémorées » qui n'ont pourtant jamais pu être « oubliées », parce qu'elles n'avaient été remarquées à aucun moment et n'avaient jamais été conscientes (1914/2005, p. 189). Serait-ce à dire des choses du moi pas reconnues comme du *moi* ou bien non advenues au *moi* ? Durant l'analyse, avec ces malades, « nous sommes en droit de dire que l'analysé ne se remémore absolument rien de ce qui est oublié et refoulé, mais qu'il agit. Il ne le reproduit pas sous forme de souvenir mais sous forme d'acte, il le répète, naturellement sans savoir qu'il le répète [...]. C'est là sa façon de se remémorer », ajoutant plus loin que « le transfert n'est lui-même qu'un fragment de répétition et que la répétition est le transfert du passé oublié, non seulement sur le médecin mais également sur tous les autres domaines de la vie présente » (1914/2005, p. 190). À partir de 1914, Freud va situer le transfert sous le signe de la

« compulsion de répétition »². Mais ce n'est pas tout, dit Freud. Il va plus loin : « une fois que la cure s'est emparée du malade, il arrive que toute la néo-production ["néo-formations" dans la traduction de 1922] de la maladie se porte sur un seul point, à savoir le rapport au médecin ». « Le transfert devient ainsi comparable à la couche du cambium³ entre le bois et l'écorce d'un arbre, dont procèdent la néoformation tissulaire et l'accroissement du tronc en épaisseur » (1915-1917/2000, p. 460-461). Le transfert œuvre « entre ». Il y a une « intérité » du transfert. Le transfert est une formation intermédiaire. Il permet la croissance du tissu psychique, en étant tout à la fois *son* procès, *son* lieu, *son* principe même. Il s'est créé une « nouvelle névrose artificielle » dont la maîtrise ne fait qu'une avec la liquidation de la maladie : la « névrose de transfert ». C'est l'avancée conceptuelle de « Remémoration, répétition et perlaboration ». « Lorsque le patient fait preuve de suffisamment de persévérance pour respecter les conditions d'existence du traitement, nous réussissons régulièrement à donner à tous les symptômes de la maladie une nouvelle signification transférentielle et à remplacer sa névrose ordinaire par une névrose de transfert dont il peut être guéri par le travail thérapeutique. Le transfert crée ainsi un royaume intermédiaire entre la maladie et la vie, à travers lequel s'effectue le passage de la première à la seconde » (1914/2005, p. 194). Une névrose dite de transfert naissant *de* et *dans* la cure-même. La « névrose de transfert » devient pour ainsi dire un concept-limite, entre psychopathologie et technique psychanalytique.

L'autre innovation de « Remémoration, répétition et perlaboration », terminologique celle-ci dit Paul-Laurent Assoun, c'est le terme de perlaboration, bien qu'elle soit survolée dans le dernier paragraphe du texte. Ce terme oblige « à penser la spécificité d'une élaboration (*arbeiten*) qui s'exerce à travers (*durch*) les résistances. Il y est plus situé que développé, dans la mesure où il constitue le "tiers terme" soutenant, comme trépied, la dualité fondamentale des actes du re-mémorer et du ré-péter » (Assoun, 2009, p. 1175). Chez Freud, l'idée de perlaboration semble très liée aux interprétations de l'analyste et favorisée par elles. Elle semble faire suite à l'interprétation d'une résistance puis portée sur elle. C'est à Laplanche et Pontalis que l'on doit le terme par la traduction de : *Durcharbeiten*, préférant cette traduction à la traduction initiale d'Anne Berman « d'élaborer interprétativement » en 1953. Mais elle nécessite aussi, après un moment mutatif lié à une interprétation de l'analyste, du temps, presque une « épreuve de patience pour le médecin [dit Freud,] le fait de nommer la résistance peut ne pas avoir pour conséquence la cessation immédiate de celle-ci. On doit laisser au malade le temps de se plonger dans la résistance qui lui est inconnue, de la perlaborer, de la surmonter, tandis que, défiant la résistance, il poursuit le travail selon la règle fondamentale de l'analyse » (1914/2005, p. 195). Freud souligne quelque part que l'analyse est avant tout, de ce point de vue, une « expérience vécue ». « Perlaboration » correspond donc au choix de traduction que font, en 1967, Laplanche et Pontalis dans leur *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 305-306). *Durcharbeiten* avait trouvé un équivalent assez satisfaisant dans le terme anglais *working-through* auquel, font-ils remarquer, ont souvent recours les auteurs français n'ayant pas trouvé jusque-là un équivalent tout aussi satisfaisant en français, qui n'en permet pas une traduction exacte. Pour autant, les auteurs n'indiquent à aucun moment ce qui a guidé au fond leur choix. Il est tout de même possible de remarquer que le néologisme « perlaboration » a en partage avec « expérience » une même racine : « *per* » qui implique – comme l'analyse Henri Maldiney dans un article initialement destiné au numéro de la *N.R.P.* sur « L'emprise » – « une même "direction de sens" intérieure à chacune et les débordant toutes » (Maldiney, 1982, p. 51). Elle indique : un surpassement, un renforcement, une traversée à partir et à travers elle-même, un passage, tout ce qui permet de passer d'un en-deçà à un au-delà ; et éclaire un peu plus encore la « percée perlaborative » que tout analysant doit effectuer dans l'épreuve analytique, une percée soutenue par le travail interprétatif de l'analyste.

Mais reprenons le cours des *Leçons*. Freud voit dans le transfert une propriété humaine générale qui grâce au névrosé et à son accroissement extraordinaire chez lui, le lui en a révélé l'existence. C'est avec Hyppolite Bernheim que la voie avait été ouverte, avec la découverte de l'aptitude à la suggestion hypnotique, la suggestibilité. Freud est allé un peu plus loin encore sur cette voie pour découvrir à son tour que cette même « suggestibilité n'est rien d'autre que le

² « Remémoration, répétition et perlaboration » ouvre aussi, pour ainsi dire, la voie à l'*Au-delà du principe de plaisir*.

³ Dans la traduction de 1922, « cambium » n'est pas mentionné. Il serait tout aussi bien possible de parler « d'aubier ».

penchant au transfert » (1915-1917/2000, p. 462) et de souligner son rapport à la sexualité, à l'activité de la libido. Pour autant, à cette capacité proprement humaine, il doit y reconnaître une exception : les névroses narcissiques qui n'ont « aucune capacité de transfert ou n'en possèdent que des restes insuffisants » (1915-1917/2000, p. 463-464). Freud conclut – sa XXVII^{ème} leçon, au soir du samedi 10 mars 1917 – en affirmant que ces malades « ne sont pas guérissables par nous » (1915-1917/2000, p. 464).

2. XXVIII^{ème} leçon : la thérapeutique analytique

La semaine passée, Freud avait laissé en suspens une question : pourquoi dans la thérapie analytique, n'utilise pas-t-on alors la suggestion directe puisque le travail de l'analyste repose sur le transfert ? La méthode hypnotique avait, le reconnaît-il, certains avantages. Elle était rapide, facile et non désagréable pour le médecin. Le malade faisant aussi l'économie de la pénibilité de son entreprise. Il suffisait d'interdire de toute existence aux symptômes. Pour autant, la méthode n'était pas d'une grande fiabilité ni d'une égale efficacité en fonction des patients dit Freud. Les souffrances disparaissant un temps pour réapparaître plus tard sous une autre forme symptomatologique. La souffrance restait inchangée.

Freud différencie suggestion hypnotique et suggestion psychanalytique, en disant que « la thérapie hypnotique cherche à masquer et à maquiller quelque chose dans la vie d'âme, la thérapie analytique cherche à dégager et à enlever quelque chose. La première travaille comme une cosmétologie, la seconde comme une *chirurgie* » (1915-1917/2000, p. 467). En interdisant, la thérapie hypnotique renforce les refoulements sans intervenir sur les processus qui ont participé à la formation du symptôme ce qui est, bien au contraire, la prétention de l'analyse. « La cure analytique impose au médecin comme au malade un lourd travail, qui est employé à supprimer les résistances internes. *Par le surmontement de ces résistances*, la vie d'âme du malade est durablement modifiée, élevée à un stade supérieur du développement, et elle reste protégée contre les nouvelles possibilités d'entrée en maladie. *Ce travail de surmontement est l'opération essentielle de la cure analytique, c'est le malade qui doit l'effectuer* [et revient ici l'idée de perlaboration des résistances chez l'analysant], et le médecin la rend possible en s'aidant de la suggestion qui agit au sens d'une éducation. C'est pourquoi on dit aussi à juste titre que le traitement analytique est une sorte de postéducation » (1915-1917/2000, p. 468). Freud ferait sienne l'autre devise d'Ambroise Paré – après « Je le pansay, Dieu le guarist », auquel l'analyse devrait se contenter, dans ses conseils aux médecins : *Labor omnia vincit improbus*, « un travail acharné vient à bout de tout », qu'il emprunta lui-même à Virgile. C'est l'idée de Cornélius Castoriadis, grand et fidèle lecteur de Freud, quand il dit que le patient est l'agent principal du processus analytique, de son auto-altération (Castoriadis, 1989, p. 179).

Ce qui différencie, thérapie hypnotique et thérapie analytique, c'est « la réduction de la suggestion au transfert » (1915-1917/1922, p. 429). Il est donc question pour l'analyste de « mettre au point l'instrument avec lequel nous devons agir » (1915-1917/2000, p. 468) et le transfert est cet instrument. Comme Ambroise Paré, chirurgien des champs de bataille, créant les siens, Freud invente son instrument. Et il est dès lors question de sa prise en main, celle de la « puissance de la suggestion » – car c'est sa « force pulsante », « motrice » (1915-1917/2000, p. 468 ; 1915-1917/1922, p. 428) –, mais à des fins différentes de l'hypnose car il s'agit là de guider le malade qui reste l'agent de son analyse. Mais il y a une ambiguïté. Une ambiguïté féconde qui fonde la spécificité-même de la psychanalyse : le transfert « est [aussi] lui-même l'objet du traitement et il est décomposé dans chacune de ses formes de manifestation » (1915-1917/2000, p. 470). Le transfert est à la fois *l'instrument* et *l'objet* du traitement analytique. C'est son ambiguïté. Et elle est à tolérer, peut-être au sens winnicottien de la non-résolution du paradoxe.

L'apparente « coupure » de l'abandon de la catharsis, n'en était donc pas une. Freud nous éclaire sur ce point. Il n'a pas exclue la suggestion, il ne l'a pas négativée. Ce qu'il a introduit il y a vingt-deux ans en arrière, c'est une

« pliure », une première inflexion, un pli épistémologique à visée technique. Freud n'a pas seulement réduit la suggestion au transfert. Il l'a ouverte au transfert. Ou alors, s'il l'a réduite, c'est au sens phénoménologique du terme : une *suspension* permettant l'accès à la « chose même ». Freud a opéré une *négation* (en réponse peut-être à l'ambiguïté du transfert, non encore reconnu comme tel). Gaston Bachelard, le philosophe des sciences, vient à cet endroit nous apporter lui aussi quelques éclairages. Il considérait que la science progressait par négations progressives des paradigmes précédents. Il a montré comment cette négation permettait une *généralisation dialectique* qui, par ce « non », intègre et englobe ce qu'elle nie : « tout l'essor de la pensée scientifique [...] provient de telles généralisations dialectiques avec enveloppement de ce qu'on nie. Ainsi la géométrie non-euclidienne enveloppe la géométrie euclidienne ; la mécanique non-newtonienne enveloppe la mécanique newtonienne ; la mécanique ondulatoire enveloppe la mécanique relativiste » (Bachelard, 1940, p. 137). Pour nous : un enveloppement de l'ancien paradigme (la suggestion) par le nouveau paradigme (le transfert) ; une extension incluant (par l'inhérence du pli) la suggestion dans un cadre plus large qui va permettre à Freud d'embrasser une nouvelle totalité. Au cœur de toute analyse, se retrouve un « pôle » cathartique que Freud avec Breuer avait exploré. Mais, par son acte de négation, il a ensuite dessiné une bordure et a ainsi délimité avec précision ce qu'il allait dépasser, « transitionnalisant » la limite. Ce que Freud abandonne en cette année 1895, c'est la purgation cathartique et l'abréaction (la décharge) comme buts du traitement, pour emprunter la voie qui le mènera vers celle de la « liaison » ; « lier » les motions pulsionnelles, transformer « leur énergie d'investissement librement mobile en investissement en majeure partie quiescent (tonique) » (Freud, 1920/1996, p. 336) : dans et par la *répétition* et la *remémoration*.

Freud afin de compléter ses propos et d'éclairer le « mécanisme de guérison », propose à son auditoire de revenir à la théorie de la libido. Quelle est la situation du névrosé ? Une partie de sa libido se trouve maintenue, par un puissant refoulement, hors de portée du moi. Il « est incapable de jouissance et de réalisation, incapable de jouissance parce que sa libido n'est dirigée vers aucun objet réel » (1915-1917/2000, p. 470). Cette libido soustraite au moi est liée au symptôme. C'est là que l'organisation de la « névrose de transfert » joue son rôle dans la « révision du procès du refoulement », prenant pour ainsi dire le relai du symptôme. Dans le rapport au médecin, le transfert doit devenir ce « *champ de bataille* sur lequel doivent se rencontrer toutes les forces en lutte » (1915-1917/2000, p. 471) où vont se créer de « nouvelles éditions » des conflits infantiles. La pulsion trouve son objet, fraie son trajet vers les voies de l'objectalité, *dans et par* la névrose de transfert : « À la place de la maladie propre du patient vient celle, artificiellement instaurée, qu'est le transfert, la maladie de transfert, à la place des objets libidinaux irréels les plus divers vient le seul objet, relevant lui aussi de la fantaisie, qu'est la personne du médecin » (1915-1917/2000, p. 471). Freud décrit deux phases du traitement : la première, « toute la libido est poussée, à partir des symptômes, dans le transfert et est concentrée là ; dans la seconde, le combat pour ce nouvel objet est mené à bien et la libido est libérée de celui-ci » (1915-1917/2000, p. 472). Avec la suppression du refoulement, le moi s'en trouve profondément changé, il est « agrandi aux dépens de cet inconscient » (1915-1917/2000, p. 472) par le travail d'interprétation. L'une des conditions essentielles à l'issue favorable du traitement, par ce biais, reste pour Freud la « mobilité de la libido », parfois bien rebelle à se dessaisir de ses objets, et un narcissisme pour ainsi dire suffisamment « silencieux ». Au passage, aussi dans une formulation aussi belle qu'énigmatique, Freud dit qu'« Il n'est pas nécessaire que ce champ de bataille coïncide avec une des forteresses de l'ennemi. La défense de la capitale ennemie n'a pas besoin d'avoir lieu juste devant ses portes » (1915-1917/2000, p. 473). La prévalence paternelle d'un transfert en analyse ne signifie pas que la libido se soit nécessairement fixée au père.

Comme Vésale avec le corps humain, Freud a ouvert les pensées pour nous en révéler la *fabrica*. Il a coupé des convictions pour ouvrir des perspectives. Et c'est filant encore une fois la métaphore, qu'il nous dit que le « traitement psychanalytique est assimilable à *une intervention chirurgicale* et, comme celle-ci, il exige d'être entrepris avec les aménagements les plus favorables à la réussite. Vous savez les mesures que le chirurgien a l'habitude de prendre pour cela : salle appropriée, bon éclairage, présence d'assistants, exclusion des proches, etc. » (1915-1917/2000, p. 476).

Le champ opératoire doit être, en quelque sorte, « stérilisé » (des tentatives contagieuses de la famille et des proches) pour ne pas compromettre l'issue du traitement. Freud conclut. Et à la fin de sa XXVIII^{ème} leçon, il reconnaît la dangerosité que constituerait un mésusage du transfert. Il faut être consciencieux dans son maniement/manipulation de son instrument. Il peut être un moyen dangereux entre les mains d'un médecin. « Mais aucun moyen ou procédé médical n'est à l'abri d'un mésusage ; quand un bistouri ne coupe pas, il ne peut pas servir non plus à guérir » (1915-1917/2000, p. 480). Le bistouri doit « couper » (1915-1917/1922, p. 441). Telle serait peut-être aussi l'interprétation ou plutôt certaines modalités interprétatives *dans, de ou du* transfert (Donnet, 1983) : un acte qui coupe ; un acte de déliaison ; là où précisément le transfert est déjà en lui-même chose sécante. De ces interprétations courtes, qui piquent, et qui *dans* la prise du transfert, tentent de couper l'emprise de l'infantile. L'analyste à la recherche de son style interprétatif, tel le stylet du chirurgien : *stilus*, la « tige de plante », le « pieu », le « poinçon », le « stylet pour écrire », en latin ; qui donnera *stylus* par faux rapprochement avec le grec *stylos*, la « colonne » et le « pilier ».

Que ça coupe : une scansion mais qui ne serait pas celle de Lacan. Une scansion « non-lacanienne » : comme avec Nathalie Zaltzman – en « rupture » avec lui – qui fit de « La pulsion anarchiste » (1979) une déliaison au service-même de la vie. Une scansion qui soit « déliaisante »⁴.

Références

- Assoun P.-L. (2009), Remémoration, répétition et perlaboration, *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, PUF, 2009, p. 1173-1179.
- Bachelard G. (1940), *La philosophie du non*, PUF, 2012.
- Castoriadis C. (1989), Politique et psychanalyse, *Le monde morcelé. Les carrefours du labyrinthe 3*, Seuil, 1990, p. 173-190.
- Donnet J.-L. (1983), L'enjeu de l'interprétation, *Revue Française de Psychanalyse*, 47, 5, 1135-1150.
- Freud S. (1914), *Remémoration, répétition et élaboration*, Tr. La Technique psychanalytique, PUF, 1953, p. 105-115.
- Freud S. (1914), *Remémoration, répétition et perlaboration*, OCF-XII, 2005, PUF, p. 185-196.
- Freud S. (1915-1917), *Introduction à la psychanalyse*, Payot, 1922.
- Freud S. (1915-1917), *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, OCF-XIV, 2000, PUF, p. 1-480.
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, OCF-XV, 1996, PUF, p. 273-338.
- Freud S., Abraham K. (1965), *Correspondance. 1907-1926*, Gallimard, 1969.
- Freud S., Ferenczi S. (1992), *Correspondance. Tome II, 1914-1919*, Calmann-Lévy, 1996, p. 8.
- Laplanche J. et Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1997.
- Maldiney H. (1982), La prise, *L'Ouvert. Revue Henri Maldiney*, 6, 2013, 48-74.
- Rauzy A. (2013), Préface à *Sigmund Freud, Leçons d'introduction à la psychanalyse*, PUF, 2013, p. V-XI.
- Zaltzman N. (1979), La pulsion anarchiste, *Topique*, 24, 25-64.

⁴ « Liaiser ; déliaiser » : ce sont là des néologismes qu'utilisa Daniel Widlöcher lors de son hommage à Nathalie Zaltzman, au jour de ses funérailles au cimetière Montparnasse, pour signifier que la « liaison » n'est pas tout à fait la même chose que le « lien » ; qu'il faudrait pouvoir inventer à la suite de Nathalie Zaltzman un verbe comme « liaiser » pour le différencier de celui de « lier ».